

Lovelace

Health System

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA LA INFORMACIÓN DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)	
Nombre del paciente	
Dirección	
Ciudad/Estado/Código postal	
Fecha de nacimiento	/ / N° de teléfono:

¿CUÁLES EXPEDIENTES QUIERE?

Entiendo que esta información pudiera incluir datos referentes al: SIDA; VIH; diagnóstico/tratamiento del abuso de drogas o bebidas alcohólicas; salud mental o conductual o atención psiquiátrica

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Resumen (notas del médico, expediente de la sala de emergencias, resultados de las pruebas, operaciones) | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | | |
| <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta | <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Historial/Chequeo físico | <input type="checkbox"/> Expediente(s) de operaciones | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología | |

Fecha(s) de la prestación de servicios:

¿CÓMO QUIERE QUE SE LE ENTREGUEN LOS EXPEDIENTES?

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Papel: | <input type="checkbox"/> Pasaré a buscarlos en persona | <input type="checkbox"/> Envíelos a mi domicilio (la dirección se indica a continuación) |
|---------------------------------|--|--|

- | | | |
|------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> CD: | <input type="checkbox"/> Pasaré a buscarlos en persona | <input type="checkbox"/> Envíelos a mi domicilio (la dirección se indica a continuación) |
|------------------------------|--|--|

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico: | Quiero que me envíen mi copia electrónicamente por correo electrónico a esta dirección de correo electrónico: _____
ADVERTENCIA: Entiendo que hay un nivel de riesgo de que un tercero lea u obtenga acceso de otro modo a mi información de salud protegida en tránsito y acepto recibir dicha información por correo electrónico, sin encriptar, a la dirección de correo electrónico que se indica más arriba. Mi firma indica que entiendo y acepto el riesgo. |
|--|--|

_____ (Firma del paciente)

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MyChart: | <input type="checkbox"/> Otro: |
|-----------------------------------|--------------------------------|

¿A DÓNDE QUIERE QUE LE ENVIEMOS LOS EXPEDIENTES?

Lovelace deberá aportar mis expedientes a: Mí Mi representante personal (cuyo nombre se indica a continuación):

Nombre del destinatario	N° de teléfono del destinatario	
Domicilio del destinatario (número y calle)	Ciudad, estado, código postal del destinatario	Fax o correo electrónico del destinatario (si corresponde)

Lovelace reconoce el derecho del paciente, conforme a la ley HIPAA, para obtener acceso a copias de su información de salud. A lo mejor le cobren tarifas por procesar la solicitud y producir los expedientes que se solicitan.

Firma del paciente/Representante autorizado

Fecha

Nombre del paciente o tutor legal en letra de molde

Relación o parentesco con el paciente, si no es usted mismo (adjunte los documentos legales debidos)

Favor de devolver el formulario relleno a: HIM Department
4101 Indian School Rd NE, Suite 110
Albuquerque, New Mexico 87110

Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario, favor de llamar al #505-727-8195

Para uso del personal del hospital:

N° de cuenta/EM: _____ Se verificó la identificación: _____
Lo procesó: _____ el _____ por medio de _____